

Заявление на получение денежных и (или) продовольственных пособий

Application for Cash or Food Assistance

Если вам требуется помощь в чтении и заполнении этой формы, обратитесь к нам.
Сохраните эту страницу для своего архива.

Как подать заявление на получение денежных и (или) продовольственных пособий?

Начать процесс подачи заявления можно сегодня, лично заполнив его в приемной отдела социального обеспечения и отдав сотруднику. В заявлении должны быть указаны ваши имя, фамилия и адрес, а также стоять ваша подпись или подпись вашего уполномоченного представителя. Вы можете подать ваше заявление сразу же, даже если оно содержит лишь эти три пункта.

- Вы можете получить больше пособий или получить их быстрее, если заполните и подадите свое заявление, а также предоставите всю запрашиваемую нами информацию без промедления.
- Вы можете сдать ваше заявление в местный отдел социального обеспечения. Адреса местных отделов приведены на вебсайте www.dshs.wa.gov.
- Направьте заполненное заявление факсом по номеру 1-888-338-7410
- Направьте заполненное заявление почтой по адресу: DSHS

CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

- Заявление можно также подать в режиме онлайн с вебсайта www.washingtonconnection.org
- **Заявление на медицинское страхование можно подать онлайн с вебсайта www.wahealthplanfinder.org, позвонив по тел. 1-855-923-4633, либо заполнив форму HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001).**

Как скоро можно будет начать получать продовольственные и денежные пособия?

Если продовольственные пособия требуются вам немедленно, ответьте на вопросы 1–14 и отнесите форму в местный отдел социального обеспечения.

Мы примем решение по вопросу о выделении вам продовольственного пособия *в течение 7 дней*, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, и отвечаете одному из нижеперечисленных требований:

- В текущем месяце совокупный доход вашей семьи составит менее \$150, а ликвидные ресурсы – менее \$100.
- Доход и ресурсы вашей семьи не покрывают ежемесячную плату за аренду квартиры и коммунальные услуги.
- В составе вашей семьи есть сильно нуждающийся переселенец или сезонный сельскохозяйственный рабочий.

Пособия начинают выдаваться со следующего дня после вынесения решения о праве на их получение.

Мы должны принять решение о том, имеете ли вы право на участие в программе продовольственной помощи в течении 30 дней после подачи вашей заявки. Действие продовольственных льгот обычно начинается с даты подачи заявки. Если вы подаете вашу заявку, находясь в каком-либо учреждении, дата начала действия льгот совпадает с датой вашего освобождения/выписки.

Гражданские права

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и гражданско-правовыми нормами и политикой Департамента Сельского хозяйства США (USDA) Департаменту USDA, его ведомствам, учреждениям и наемным работникам, а также учреждениям, принимающим участие либо руководящим программами USDA, запрещается расовая дискриминация, а также дискриминация по цвету кожи, национальности, религии, гендерной принадлежности, гендерной идентификации (включая гендерное самовыражение), сексуальной ориентации, недееспособности, возрасту, семейному положению, статусу семьи или родителей, доходу, обеспечиваемому в рамках программы общественной помощи, политических взглядов, в связи с репрессиями либо мерами, принимаемыми в ответ на действия в рамках защиты гражданских прав, а также в связи с участием в каких-либо программах или мероприятиях, организованных либо финансируемых USDA (не все положения относятся ко всем программам). Сроки по обращениям о защите прав и приему жалоб зависят от программы.

Лица с ограниченной в дееспособность, нуждающиеся в альтернативных средствах коммуникации для получения необходимой программной информации (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, лента звукозаписи, язык жестов Северной Америки, и т.д.) должны связаться с соответствующим ведомством или центром TARGET Center при Департаменте сельского хозяйства США (USDA) по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и телетайп) либо через Федеральную коммутационную службу по телефону (800) 877-8339. Кроме того, программная информация может быть доступна на прочих языках, помимо английского.

Для регистрации жалобы в рамках программы дискриминации, заполните форму жалобы о дискриминации Департамента USDA, AD-3027, которую можно найти в интернете по адресу http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, а также взять в любом офисе USDA, либо напишите письмо, адресованное USDA и вложите в ваше письмо анкету со всей необходимой информацией. Чтобы получить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

1. По почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. По факсу: (202) 690-7442; или
3. По электронной почте: program.intake@usda.gov

Министерство сельского хозяйства США (USDA) обеспечивают равные возможности в предоставлении услуг и при приеме на работу и предоставлении займов.

Иммиграционный статус и номера социального обеспечения

Вы можете получить пособие для некоторых проживающих с вами членов семьи, даже если другие проживающие с вами лица не могут получать пособий из-за своего иммиграционного статуса. Вы обязаны сообщить нам о статусе всех лиц, для которых просите о предоставлении пособий. Иммиграционный статус членов семьи может проверяться через программу USCIS (ранее – INS) путем передачи информации из заявления в USCIS. Информация, полученная через программу USCIS в результате передачи этих данных, может повлиять на право получения помощи и её размеры.

В соответствии с федеральным законодательством (том 45 свода федеральных постановлений (CFR), § 205.52; и том 7 CFR, §273.6) вы обязаны указать номер социального обеспечения (SSN) для каждого проживающего с вами члена семьи, который претендует на получение пособий программы TANF или продовольственных пособий. Нам также могут понадобиться номера SSN проживающих вместе с вами родителей и супругов, которые не претендуют на получение помощи.

Мы используем номер SSN для установления личности, проверки права на пособия, предотвращения мошенничества и взыскания средств по искам. Мы обмениваемся полученными сведениями с другими ведомствами в целях осуществления наших программ и соблюдения закона. Мы также можем передавать эту информацию правоохранительным органам, разыскивающим скрывающихся преступников

Если вы подаете заявку на участие в программе продовольственной помощи и других программах

Мы должны следовать правилам Программы дополнительного питания (SNAP) при обработке вашей заявки. Эти правила включают в себя обработку вашей заявки с учетом временных рамок, с предоставлением соответствующих уведомлений и информированием о ваших административных правах. Мы не можем отказать вам в предоставлении продовольственной помощи по причине отклонения вашей заявки другими программами помощи.

Денежные и продовольственные пособия и требования к соблюдению конфиденциальности

Принятый в 2008 году с поправками «Закон о продовольствии и питании» (Food and Nutrition Act) разрешает департаменту собирать сведения, запрашиваемые в этом заявлении, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи. Мы используем номера по системе социального страхования (SSN) для удостоверения вашей личности, проверки правомерности вашего участия в программе, предотвращения случаев мошенничества и сбора запросов. Мы обмениваемся информацией с другими ведомствами с целью администрирования наших программ и обеспечения соблюдения законности. Предоставление запрашиваемой информации является добровольным. Однако отказ предоставить номер SSN или подтверждение факта подачи заявки на его получение без уважительной причины приведет к отказу в пособиях Basic Food всем лицам, не предоставившим свои номера SSN. Мы проверяем некоторые сведения, используя компьютерные программы сопоставления данных, включая федеральную систему подтверждения размера доходов и права на пособия (federal Income and Eligibility Verification System, IEVS).

Сведения, сообщенные Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services), могут повлиять на право получения медицинского страхования, предоставляемого Управлением здравоохранения (Health Care Authority) и Рынком медицинского страхования (Health Benefit Exchange).

Мы используем эту информацию:	Мы можем передавать эту информацию:
<ul style="list-style-type: none">• для вынесения решений о предоставлении пособий по нашим программам;• для возмещения переплаченных средств;• для осуществления наших программ;• в целях соблюдения закона.	<ul style="list-style-type: none">• федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования;• правоохранительным органам, преследующим лиц, скрывающихся от правосудия;• частным агентствам по сбору платежей для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь.

Предупреждение о санкциях в связи с продовольственной помощью

Мы проверяем через другие ведомства правильность предоставленной вами информации. Если какие-либо сведения неверны, лицам, подавшим заявление, может быть отказано в предоставлении продовольственной помощи.

На любого участника программы, умышленно нарушившего какое-либо правило, могут быть наложены санкции:

- Привлечение к ответственности в соответствии с применимым федеральным законодательством и законами штата.
- Исключение из участия в программе SNAP на срок от одного года до пожизненного запрета на участие.
- Денежный штраф на сумму до 250 000 долларов.
- Тюремное заключение на срок до 20 лет.
- Исключение из программы SNAP в течение дополнительных 18 месяцев по решению суда.

Если суд признает вас виновным в:

Получении прибыли в результате действий, связанных с: **Вы можете быть:**

- Продаже подучётных веществИсключены на срок от двух лет до пожизненного запрета.
- Продаже огнестрельного оружия, патронов или взрывчатых веществИсключены пожизненно.
- Незаконном обороте на общую сумму более \$500Исключены пожизненно.
- Мошенничестве с местом проживания или персональными даннымиИсключены на 10 лет.

Заявление на продовольственные и денежные пособия

Application for Food and Cash Assistance

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, обратитесь к нашему сотруднику.

1. ИМЯ ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)		2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)
3. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	4. ОСНОВНОЙ ТЕЛЕФОН <input type="checkbox"/> МОБ. <input type="checkbox"/> ДОМ. <input type="checkbox"/> СООБЩ.
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН <input type="checkbox"/> МОБ. <input type="checkbox"/> ДОМ. <input type="checkbox"/> СООБЩ.
8. Я подаю заявление на получение следующих видов помощи (отметьте все, что подходит): <input type="checkbox"/> Денежное пособие <input type="checkbox"/> Продовольственное пособие <input type="checkbox"/> Пособие по уходу за детьми 9. Я или кто-либо из членов моей семьи (отметьте все, что к вам относится): <input type="checkbox"/> подвергается бытовому насилию <input type="checkbox"/> имеет инвалидность <input type="checkbox"/> не может работать из-за проблем со здоровьем <input type="checkbox"/> беременна; укажите имя и фамилию: _____ предполагаемая дата родов: _____				7. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ

10. Сколько денег ваша семья получит в этом месяце? \$ _____
11. Сколько денег есть у вашей семьи наличными и на банковских счетах? \$ _____
12. Сколько ваша семья платит за аренду жилья или по ипотеке? \$ _____
13. Какие коммунальные услуги оплачивает ваша семья? отопление / кондиционирование телефон иные услуги: _____
14. Есть ли в составе вашей семьи сезонный сельскохозяйственный рабочий или рабочий-мигрант? Да Нет
15. Если подаете заявление на продовольственную помощь, на сколько человек в вашей семье вы покупаете продукты и готовите?

16. Если подаете заявление на пособие по уходу за детьми, укажите причину, по которой вам необходимо обеспечить уход за детьми (отметьте все подходящие пункты) Работа Учеба в школе Программа WorkFirst Программа Basic Food Employment and Training (BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

17. Мне нужен переводчик. Я говорю на: _____ или языке глухонемых; переводите письма для меня на: _____

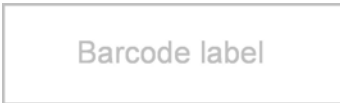
18. Перечислите всех членов вашей семьи, даже если не подаете на них заявление (при необходимости приложите дополнительные листы бумаги).

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ НА ЭТО ЛИЦО	НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ ПРЕТЕНДУЕТ НА ПОСОБИЯ			
					НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ГРАЖДАН ИН США	РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (СМ. НИЖЕ ПРИМЕРЫ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев и уроженцев Аляски)
		Я сам (-а)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. Мое этническое происхождение – испаноговорящий (-ая) или латиноамериканец (-ка): Да Нет

Сведения о расовой принадлежности и этническом происхождении предоставляются в добровольном порядке и не влияют на право на участие в программе или размеры помощи. Эта информация используется для обеспечения распределения льгот в рамках программы без учета расовой принадлежности, цвета кожи или национальности. При подаче заявления на продовольственную помощь USDA требует от нас ответа на этот вопрос в случае, если вы его сами не предоставите.

Примеры расовой принадлежности: белые, черные / афроамериканцы, азиаты, уроженцы Гавайских островов, уроженцы других островов Тихого океана, американские индейцы, уроженцы Аляски, либо иная комбинация рас.



ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
-------------------------	-------------------------------	---------------------------------

I. Общие сведения

- За последние 30 дней я получал (-а) денежную или продовольственную помощь из другого штата, племени или другого источника: Да Нет
- Одно из лиц, на которых я подаю заявление о пособиях, проживает за пределами штата Вашингтон: Да Нет
- Я или кто-либо из членов моей семьи – иммигрант, имеющий спонсора: Да Нет Кто именно: _____
- Я или кто-либо из членов моей семьи в возрасте 16 лет и старше посещает (отметьте все подходящие пункты)
 среднюю школу образовательное учреждение по программе образования, эквивалентного среднему (High School Equivalency) университет техникуму Кто именно: _____
- Один из членов семьи временно проживает вне дома: Да Нет Кто именно: _____
- Я или один из членов моей семьи служил(а) в вооруженных силах, национальной гвардии или в резерве США или являюсь(-етса) иждивенцем или супругой (-ом) служившего лица: Да Нет Если да, кто именно: _____
- Я или кто-либо из тех, на кого я подаю заявление о пособиях, скрывается от закона, чтобы избежать явки в суд или тюремного заключения за тяжкое преступление. Да Нет
- Я проживаю в: собственном доме или квартире общежитии (Group Home) иное: _____
 специализированном учреждении (укажите тип): _____ дата поступления: _____
- Я: холост / не замужем женат / замужем разведен (-а) живу отдельно от супруги (-а) вдовец / вдова
 состою в официально зарегистрированных отношениях сожительства
- Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в использовании программы продовольственной помощи с целью оплаты лекарств после 22 сентября 1996 года: Да Нет
- Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в покупке или продаже продуктов, предоставляемых в рамках продовольственной программы за сумму свыше 500 долларов после 22 сентября 1996 г.: Да Нет
- Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в использовании программы продовольственной помощи с целью закупки оружия, военного снаряжения либо взрывчатых веществ после 22 сентября 1996 г.: Да Нет
- Я или кто-либо из моей семьи обвинялись в участии в программе продовольственной помощи в более, чем одном штате после 22 сентября 1996 г.: Да Нет
- Я или кто-либо из моей семьи: а. Бастует: Да Нет б. Является квартирантом: Да Нет

II. Ресурсы (приложите документальные подтверждения; только для материальной помощи)

Ресурсы – это любое имущество, которым вы владеете или которое покупаете и которое можно продать, обменять или превратить в наличные деньги, а также деньги, хранящиеся у других людей. Ресурсы не включают личное имущество, например, мебель и одежду. Примеры ресурсов:

- наличные средства
- чековые счета
- сберегательные счета
- фонды для оплаты обучения в вузе
- трастовые фонды
- IRA / 401k
- дома, участки земли, другая недвижимость
- депозитарные сертификаты (CDs)
- депозитный счет денежного рынка
- облигации
- пенсионные фонды
- похоронные фонды, предоплаченные планы
- производственное оборудование
- домашний скот
- полисы страхования жизни

Укажите ресурсы, которыми владеете или которые собираетесь купить вы, ваш (-а) супруг (а) или члены семьи, на которых вы подаете заявление:

РЕСУРСЫ	КТО ВЛАДЕЕТ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СТОИМОСТЬ
			\$
			\$
			\$

- У меня, моего супруга (супруги) или членов семьи, на которых я подаю заявление, есть машины, грузовики, микроавтобусы, лодки, RV, трейлеры и другие автотранспортные средства:

ГОД ВЫПУСКА (напр. 1980)	МАРКА (напр., ФОРД)	МОДЕЛЬ (напр., ЭСКОРТ)	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЗЯТА В ДОЛГОСРОЧНУЮ АРЕНДУ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ НУЖД	НЕВЫПЛАЧЕННЫЙ ОСТАТОК ПО КРЕДИТУ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

- Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, продали, обменяли, отдали или перевели на другое имя ресурсы в течение последних двух лет (включая доверительные фонды, транспортные средства и имущество в пожизненном пользовании): Да Нет Если «да», то что именно: _____ когда: _____

III. Аннуитеты (вклады, сделанные каким-либо членом семьи для получения регулярных выплат в настоящее время или в будущем)

НА КОГО ОФОРМЛЕН АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПРИОБРЕТЕНИЯ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
-------------------------	-------------------------------	---------------------------------

IV. Заработки (приложите подтверждения)

1. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, оставили работу в течение последних 30 дней: Да Нет
2. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, имеем доход в виде заработка: Да Нет Если «да», то заполните этот раздел:

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в (за): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц
МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН	Количество часов в неделю: _____
ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ	Дни оплаты (напр., 1 ^е и 15 ^е или каждую пятницу):
Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Ежемесячная сумма расходов на ведение предпринимательской деятельности самозанятым лицом: \$ _____	
КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в (за): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц
МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН	Количество часов в неделю: _____
ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ	Дни оплаты (напр., 1 ^е и 15 ^е или каждую пятницу):
Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Ежемесячная сумма расходов на ведение предпринимательской деятельности самозанятым лицом: \$ _____	

V. Другой доход (приложите подтверждения, предоставьте данные для всех членов семьи)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Пособие по безработице • Социальное обеспечение • Доход племени • Доход от азартных игр • Образовательные льготы (студенческие ссуды, гранты, пособия по программе work-study) | <ul style="list-style-type: none"> • Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI) • Алименты на содержание ребенка или супруга (супруги) • Льготы железнодорожника • Доход от аренды | <ul style="list-style-type: none"> • Пенсионные выплаты ветеранов (VA) и (или) пособия для военнослужащих • Пособия Департамента труда и промышленности (L&I) • Доход из трастовых фондов • Проценты / дивиденды |
|--|---|--|

ВИД НЕТРУДОВОГО ДОХОДА	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД	ПОЛНАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. Ежемесячные расходы

АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ \$	ВЗНОСЫ ПО ИПОТЕКЕ \$	АРЕНДА ПОМЕЩЕНИЯ \$	СТРАХОВАНИЕ СОБСТВЕННОСТИ \$	НАЛОГИ НА СОБСТВЕННОСТЬ \$	ДРУГИЕ РАСХОДЫ \$
-------------------------------	-------------------------	------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------

Какие коммунальные услуги члены вашей семьи оплачивают помимо арендной или ипотечной платы?
 Отопление (электрическое/газовое) Электричество (кроме отопления) Вода Домашний/мобильный телефон Канализация Вывод мусора

Другое лицо или ведомство, например программа субсидированного жилья, помогает мне оплачивать все или часть этих расходов: Да Нет Если «да», укажите кто именно: _____ Какие расходы: _____
 Оплачиваемая сумма: \$ _____

В течение последних 12 месяцев я получал(а) помощь в соответствии с Законом о содействии в оплате энергоносителей малообеспеченным лицам (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA).

Я, мой (моя) супруг (-а) или иной член моей семьи оплачивают или должны оплачивать (отметьте все, что вас касается):

<input type="checkbox"/> Расходы по уходу за детьми или находящимися на иждивении взрослыми (включая затраты на перевозки)	Ежемесячная сумма: \$	Кто оплачивает эти расходы?
<input type="checkbox"/> Счета за медицинские услуги для лиц с инвалидностью и лиц 60 лет и старше (включая затраты на перевозки и взносы на страхование здоровья)	Ежемесячная сумма: \$	Кто оплачивает эти расходы?
<input type="checkbox"/> Алименты на содержание детей (приложить подтверждение)	Ежемесячная сумма: \$	Кто оплачивает эти расходы?

Если вы не сообщите о вышеуказанных расходах, то мы сочтем это заявлением вашей семьи о том, что вы не желаете получения налоговой скидки за эти расходы.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
VII. Уполномоченный представитель			
<p>Уполномоченный представитель – это лицо, с которым DSHS, по вашему разрешению, может обсуждать ваши пособия. Вы можете назначить такое лицо, но это не обязательно.</p> <p style="text-align: center;">У вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p style="text-align: center;">Это лицо является вашим официальным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Вам может потребоваться заполнить форму «Назначение уполномоченного представителя» (Authorized Representative form, DSHS 14-532).</p>			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Регистрация избирателя			
<p>Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей в соответствии с требованиями Национального закона о регистрации избирателей (National Voter Registration Act), 1993 г. Регистрация в качестве избирателя или отказ от регистрации в качестве избирателя не повлияет на объем обслуживания или на ваше право на льготные условия обслуживания, обеспечиваемые данным учреждением. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Решение о том, обращаться ли за помощью, остаётся за вами. Вы можете заполнить форму регистрации в качестве избирателя самостоятельно в условиях конфиденциальности. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или [1] {2} на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в: Избирательную комиссию штата Вашингтон (Washington State Election Office) по адресу: PO Box 40229, Olympia, WA 98504 (тел. 1-800-448-4881).</p> <p>Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить ваши регистрационные данные избирателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если вы не поставите отметки ни в одном из двух приведенных выше полей, мы будем считать, что вы приняли решение не регистрироваться в качестве избирателя в настоящее время.</p>			
Декларация и подписи			
<p>При подаче заявлений на денежные пособия все взрослые члены семьи (или их уполномоченные представители) должны поставить свои подписи.</p> <p>При подаче заявления на продовольственную помощь подпись должен поставить заявитель (или уполномоченный представитель).</p> <p>Я понимаю, что обязан (-а):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставить верную информацию и выполнять требования о передаче сведений. • Предоставить подтверждение моего права на получение пособий. • Передать штату Вашингтон определенные права на взыскание алиментов на содержание детей при условии получения мной Временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Я, однако, могу просить DSHS не применять мер по насильственному взысканию алиментов на содержание детей, если это может подвергнуть опасности меня или моих детей. • Выполнять требования программы продовольственной помощи, связанные с трудоустройством. <p>Если я не выполняю этих требований, мне может быть отказано в получении пособий или придется возместить их стоимость.</p> <p>Я понимаю, что могу подвергнуться уголовному преследованию за преднамеренное сообщение ложных сведений и сокрытие сведений, которые обязан (-а) предоставить.</p> <p>Я даю DSHS разрешение обращаться при необходимости к другим лицам и в другие ведомства для оказания мне содействия в получении документального подтверждения моего права на пособия.</p> <p>Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113. Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон я заявляю, что сведения, приведенные мной в данном заявлении, включая сведения о гражданском статусе и статусе иностранцев всех членов моей семьи, подающих заявление на пособия, являются правдивыми и точными.</p>			
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ДАННЫЙ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ ПОДПИСАН	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОДПИСАН ДАННЫЙ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ П. БУКВ.	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ДОКУМЕНТ
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ СТОИТ «X»	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	